

<u>Prescripteur</u>		<u>Demandeur : Client ou Société*</u>	
Vétérinaire :	Clinique :	Prénom :	Nom :
Adresse :		Adresse physique :	
Tél. :	Mèl. :	B.P. :	Mèl. :

*le renseignement complet de cette rubrique et la signature du client sont **obligatoires**, à défaut, la facture est adressée au prescripteur.

Cadre réservé au Laboratoire			
Transmis par :	<input type="checkbox"/> Prescripteur	N° LNC :	
	<input type="checkbox"/> Client/Société	<input type="checkbox"/> Frigo local extérieur	
	<input type="checkbox"/> Agent du LNC	<input type="checkbox"/> OTP, FEDEX, autre	
			Coller le n° provisoire ici

Accueil : Reçu par le à

Acceptation Refus

Espèces : Equin (préciser si Poney) Bovin Ovin Caprin Porcin
 Aviaire : Canin Félin Autre :

Nombre d'animaux

Commémoratifs :

Animaux					Prélèvements		
N°	Identification	Sexe	Age	Race	Type de prélèvement		Date prélèvement (impératif)
1					1	3	
					2	4	
2					1	3	
					2	4	
3					1	3	
					2	4	
4					1	3	
					2	4	
5					1	3	
					2	4	

Si le nombre d'animaux est >5, joindre la liste d'identification des animaux à la demande d'analyse

Analyses demandées :

- Autopsie** _____
- Histologie** _____
- Bactériologie** _____
- AntibioGramme
- Mycologie** _____
- Biochimie** (cocher les cases)

<input type="checkbox"/> Acides biliaires	<input type="checkbox"/> Bilirubine libre	<input type="checkbox"/> Gamma GT	<input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline (PAL)	<input type="checkbox"/> Pepsinogène
<input type="checkbox"/> Albumine	<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> GLDH	<input type="checkbox"/> Phosphore	<input type="checkbox"/> Plomb
<input type="checkbox"/> ALAT	<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> Protéine totale	Autres :
<input type="checkbox"/> ASAT	<input type="checkbox"/> Créatinine	<input type="checkbox"/> GPX (Sélénium)	<input type="checkbox"/> Urée	
<input type="checkbox"/> Bilirubine totale	<input type="checkbox"/> Fer sérique	<input type="checkbox"/> Lactate	<input type="checkbox"/> Zinc	
<input type="checkbox"/> Bilirubine conjuguée	<input type="checkbox"/> Fibrinogène	<input type="checkbox"/> Magnésium	<input type="checkbox"/> Cuivre	

- Hématologie** Numération formule Recherche d'hétoparasites Autre : _____
- Sérologie** _____
- Hormonologie** _____
- PCR** _____
- Autre** _____

J'atteste avoir connaissance des conditions générales des prestations d'analyse et du catalogue des analyses du laboratoire disponibles sur le site de la DAVAR www.davar.gouv.nc.

Signature du demandeur

Signature du prescripteur